ISSN 1188-4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 21-3 Date de publication : 15 février 1995

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 5)*

		Pagination officielle :
SENSIBILITÉ RÉDUITE DE *NEISSERIA GONORRHOEAE* AUX FLUOROQUINOLONES — ONTARIO, 1992-1994	F-1	17 – 21
CAS D'INFECTION PAR LE HTLV-I SIGNALÉS EN COLOMBIE-BRITANNIQUE	F-3	21 – 22
PROGRAMME DE SURVEILLANCE DU HTLV AU CANADA	F-4	23
ÉPIDÉMIE D'INFECTION À *SALMONELLA ENTERITIDIS* ASSOCIÉE À DES PRODUITS DE CRÈME GLACÉE DISTRIBUÉS À L'ÉCHELLE NATIONALE — MINNESOTA, DAKOTA DU SUD ET WISCONSIN, 1994	F-5	23 – 24

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

SENSIBILITÉ RÉDUITE DE *NEISSERIA GONORRHOEAE* AUX FLUOROQUINOLONES — ONTARIO, 1992-1994

Introduction

L'existence d'isolats de *Neisseria gonorrhoeae* antibiorésistants demeure un problème de santé publique important. Les fluoroquinolones comme la ciprofloxacine diffusent très bien dans le tractus urogénital[1] et sont reconnues pour leur grande activité contre *N. gonorrhoeae*, y compris les souches productrices de pénicillinase[2,3]. Toutefois, des souches présentant une sensibilité réduite aux fluoroquinolones ont été découvertes dans diverses régions du monde[4,5,6,7]. Six isolats de *N. gonorrhoeae* de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de Terre-Neuve présentant des concentrations minimales inhibitrices (CMI) de norfloxacine de 2,0 mg/L et de ciprofloxacine de 0,25 mg/L ont été caractérisés par Yeung et Dillon en 1991[8]. Ces rapports nous ont incités à examiner les isolats qui sont soumis à notre laboratoire. Le présent article décrit les résultats d'un examen de 47 isolats présentant une sensibilité réduite aux quinolones qui s'est déroulé de 1992 à juin 1994.

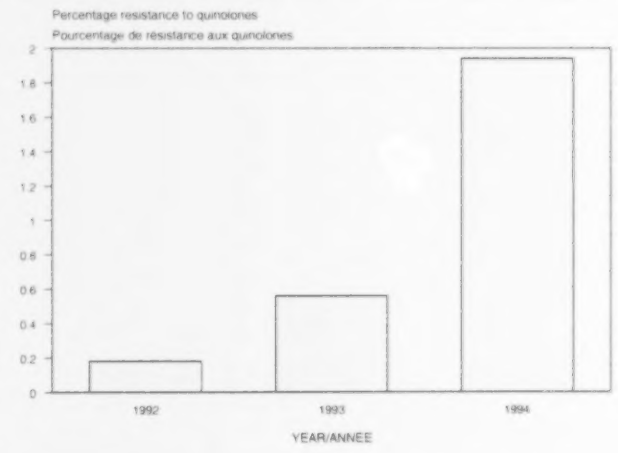
Méthodologie

Les antibiogrammes ont été effectués à l'aide de la méthode de diffusion en gélose. Pour tous les agents antimicrobiens, nous avons utilisé un milieu de base GC (Difco) enrichi au sang défibriné de cheval à 1,5 % et d'un supplément de Kellog à 1 %. Une fois l'inoculum préparé, les milieux ont été inoculés selon la procédure décrite dans le document M7-A3[9]. Les antibiotiques choisis ont été utilisés dans les concentrations suivantes : pénicilline, 0,06, 0,12, 0,25, 0,5, 1,0, 2,0, 4,0, 8,0 et 16 mg/L; tétracycline, 0,25, 0,5, 1,0, 2,0, 4,0 et 8,0 mg/L; érythromycine, 0,5, 1,0, 2,0, 4,0 et 8,0 mg/L; ciprofloxacine, 0,06, 0,12, 0,25, 0,5, 1,0 et 2,0 mg/L; norfloxacine, 0,5, 1,0, 2,0 et 4,0 mg/L; céfixime, 0,25 mg/L; ceftriaxone, 0,25 mg/L; et spectinomycine, 16,0 et 32,0 mg/L.

Résultats et analyse

La figure 1 présente le pourcentage des isolats de *N. gonorrhoeae* examinés entre 1992 et juin 1994 qui présentaient une sensibilité réduite aux quinolones. En 1992, le phénomène a été observé chez 6 isolats (0,18 %) parmi les 3 285 souches examinées. Ce pourcentage était trois fois plus élevé en 1993

FIGURE 1
***Neisseria gonorrhoeae* résistance aux quinolones — Ontario, 1992-1994**



(15 isolats/2 663 souches, soit 0,56 %), et dix fois plus élevé durant les six premiers mois de 1994 (26 isolats/1 340 souches, soit 1,94 %).

Le tableau 1 illustre la répartition des différentes catégories de phénotypes résistants examinés de 1992 jusqu'en juin 1994. Au cours de la première année de l'étude (1992), la majorité des isolats qui présentaient une résistance réduite aux quinolones étaient pénicillino-résistants, et deux produisaient de la pénicillinase. Aucun des isolats n'était sensible à la pénicilline. En 1993, on a noté l'apparition d'une grappe d'isolats présentant des CMI de quinolones légèrement supérieures (ciprofloxacine : 0,12 mg/L) et une sensibilité à la pénicilline (CMI ≤ 0,06 mg/L) et à d'autres agents antimicrobiens. Les isolats examinés en 1993 et en 1994 (jusqu'en juin) comprenaient essentiellement des souches sensibles à la pénicilline et des souches présentant une résistance à médiation chromosomique à la pénicilline (CMI ≥ 2,0 mg/L).

Tableau 1
Comparaison du (nombre) pourcentage d'isolats de *Neisseria gonorrhoeae* présentant une sensibilité réduite à la ciprofloxacine — 1992 à juin 1994

Sensibilité	CMI de pénicilline	CMI de ciprofloxacine	1992	1993	1994 (à juin)
Sensibilité	≤ 0.06 mg/L	0.12 mg/L	(0/6) 0%	(8/15) 53.3%	(10/26) 38.5%
Sensibilité modérée	0.12 - 1.0 mg/L	0.12 - 0.25 mg/L	(1/6) 16.6%	(1/15) 6.7%	(5/26) 19.2%
Résistante	≥ 2.0 mg/L	0.25 - 0.5 mg/L	5/6 (83.3%)*	(6/15) 40.0%	(11/26) 42.3%

* dont deux isolats producteurs de pénicillinase

Les CMI des 47 souches utilisées pour tester chaque agent antimicrobien sont présentées au tableau 2. Vingt-deux isolats pénicillino-résistants affichant une CMI de ciprofloxacine de 0,25 à 0,5 mg/L présentaient également une sensibilité réduite à la norfloxacine (CMI : 2,0 à plus de 4,0 mg/L). Tous ces isolats étaient résistants à la tétracycline (CMI : 2,0 à 8,0 mg/L) et tous, sauf un, à l'érythromycine. Dix-huit isolats étaient sensibles à la pénicilline et avaient des CMI de 0,12 mg/L (ciprofloxacine) et de 1,0 mg/L (norfloxacine). Tous ces isolats étaient sensibles à l'érythromycine et modérément sensibles à la tétracycline. Les CMI des 7 autres isolats variaient entre 0,12 et 0,25 mg/L (ciprofloxacine) et entre 1,0 et 4,0 mg/L (norfloxacine). Tous les isolats sauf un étaient résistants à l'érythromycine et à la tétracycline et tous affichaient une résistance modérée à la pénicilline. Tous les 47 isolats étaient sensibles à la céfixime, à la ceftriaxone et à la spectinomycine.

Tableau 2
Activité *in vitro* d'agents antimicrobiens choisis contre 47 isolats de *Neisseria gonorrhoeae* affichant une sensibilité réduite aux fluoroquinolones

Agent antimicrobien	Intervalle de CMI (mg/L) pour		
	Souches sensibles à la pénicilline (n = 18)	Souches modérément sensibles à la pénicilline (n = 7)	*Souches résistantes à la pénicilline (n = 22)
Pénicilline	≤ 0,06	0,25 - 1,0	2,0 - > 16
Ciprofloxacine	0,12	0,12 - 0,25	0,25 - 0,5
Norfloxacine	1,0	1,0 - 4,0	2,0 - > 4,0
Érythromycine	≤ 0,5	1,0 - 4,0	1,0 - 8,0
Tétracycline	≤ 0,5 - 1,0	0,5 - 4,0	2,0 - 8,0

* * dont deux isolats producteurs de pénicillinase. Tous les isolats étaient sensibles à la céfixime, à la ceftriaxone et à la spectinomycine (CMI < 0,25 mg/L, < 0,25 mg/L, et ≤ 32 mg/L, respectivement).

La majorité des isolats provenaient de patients de sexe masculin; toutefois, 13 des 47 (27,7 %) isolats avaient été prélevés chez des femmes. La proportion d'isolats était de 16,6 % en 1992 et de 13,5 % en 1993; durant les six premiers mois de 1994, ce pourcentage s'est élevé à 38,5 %.

La présente étude a mis en évidence une sensibilité réduite aux quinolones chez trois populations de *N. gonorrhoeae* en Ontario. Chez la première de ces populations, on a noté une faible augmentation des CMI des fluoroquinolones et une sensibilité générale aux autres agents antimicrobiens. La deuxième population consistait en un groupe hétérogène résistant aux autres antimicrobiens tels que la pénicilline, la tétracycline et l'érythomycine; ce groupe comprenait deux isolats producteurs de pénicillinase. Enfin, la troisième population présentait une sensibilité modérée à la pénicilline mais des tendances plus diversifiées en ce qui concerne la résistance aux autres antibiotiques ainsi que des CMI de quinolones intermédiaires à celles observées chez les souches sensibles à la pénicilline et chez les souches pénicillino-résistantes. Ces résultats diffèrent de ceux obtenus dans le cadre d'un certain nombre d'autres études, où une insensibilité aux quinolones avait été observée uniquement chez des isolats producteurs de pénicillinase[5,7,8]. Ces résultats reflètent peut-être une évolution des caractéristiques épidémiologiques des souches de *N. gonorrhoeae* présentant une résistance réduite aux quinolones.

Remerciements : Les auteurs remercient le personnel des laboratoires de dépistage des MTS et d'étude de la sensibilité aux antimicrobiens.

Références

1. Fekete T. *Antimicrobial susceptibility testing of **Neisseria gonorrhoeae** and implications for epidemiology and therapy*. Clin Microbiol Reviews 1993;6:22-33.
2. Bryan JP, Hira SK, Brady W et coll. *Oral ciprofloxacin versus ceftriaxone for the treatment of urethritis from resistant **Neisseria gonorrhoeae** in Zambia*. Antimicrob Agents Chemother 1990;34:819-22.
3. Lefevre JC, Tempesta MC, Gaubert E et coll. *In vitro activity of six quinolone derivatives against **Neisseria gonorrhoeae***. Chemotherapy 1988;34:315-17.
4. Gransden WWR, Warren CA, Phillips I et coll. *Decreased susceptibility of **Neisseria gonorrhoeae** to ciprofloxacin*. Lancet 1990;335:51. Lettre.
5. Jephcott AE, Turner A. *Ciprofloxacin resistance in gonococci*. Ibid:165. Lettre.
6. Joyce MP, Ayling BB, Vaughan GH et coll. *In vitro sensitivity of **Neisseria gonorrhoeae** to quinolone antibiotics in the Republic of the Philippines*. Dans: *Program of Sixth*

International Pathogenic Neisseria Conference. 1988. Atlanta, GA. Résumé E19.
7. Ohye R, Higa H, Vogt R et coll. *Decreased susceptibility of **Neisseria gonorrhoeae** to fluoroquinolones — Ohio and Hawaii, 1992-1994*. MMWR 1994;43:325-27.
8. Yeung KH, Dillon JR. *Premiers isolats canadiens de **Neisseria gonorrheae** producteur de pénicillinase (NGPP) résistant à la norfloxacine*. RHMC 1991;17:1-3.
9. National Committee for Clinical Laboratory Standards. *Methods for dilution antimicrobial susceptibility tests for bacteria that grow aerobically*. 3ième éd. Approved Standard. Villanova, PA: National Committee for Clinical Laboratory Standards, 1993.[NCCLS document N° M7-A3 (Vol 13, N° 25)].

Source: *N Harnett, PhD, DipBact, Chercheur scientifique, S Brown, BA, RT, Technicien principal, Antibiogrammes, G Riley, BSc, RT, Technicien principal, Bactériologie diagnostique, R Terro, BSc, RT, Technicien principal, Laboratoire des MTS, Dr C Krishnan, Bactériologiste médical, Section de la bactériologie clinique, Laboratoires centraux, Direction des services de laboratoire, ministère de la Santé de l'Ontario (Toronto).*

Commentaire de la rédaction

Dans l'édition de 1992 des *Lignes directrices canadiennes pour la prévention, le diagnostic, la prise en charge et le traitement des maladies transmises sexuellement chez les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les adultes*[1], les fluoroquinolones sont présentés comme les médciaments de choix pour le traitement de la gonorrhée non compliquée. Ce changement dans le schéma thérapeutique découle des activités de surveillance de la résistance aux antibiotiques, qui ont mis en lumière une augmentation de la prévalence de la pénicillino-résistance à médiation plasmidique.

Les fluoroquinolones remplacent la pénicilline comme traitement de choix de la gonorrhée non compliquée parce qu'ils permettent de traiter **toutes** les infections gonococciques comme si elles étaient pénicillino-résistants. L'amoxicilline est toutefois recommandée comme médicament de remplacement à la condition qu'elle soit administrée uniquement dans les zones où l'on surveille activement la résistance à la pénicilline ET que le pourcentage d'isolats pénicillino-résistants ne dépasse pas 3 % ET que l'infection ait été contractée dans la même région géographique.

Le traitement de choix recommandé actuellement pour les gonorrhées non compliquées est l'administration de **250 mg de ceftriaxone par voie intramusculaire en une seule dose PLUS 100 mg de doxycycline *per os* 2 fois par jour pendant 7 jours OU 500 mg de tétracycline *per os* 4 fois par jour pendant 7 jours parce que tous les patients traités pour une gonorrhée devraient être également traités pour une co-infection à *Chlamydia***. Les traitements par voie orale recommandés comportent l'administration de 800 mg de céfixime *per os* en dose unique; 500 mg de ciprofloxacine *per os* en dose unique; ou 400 mg d'ofloxacine *per os* en dose unique.

Les lignes directrices publiées en 1992 sont en train d'être mises à jour. Il est fort probable qu'au terme d'une analyse approfondie de la question, la pénicilline, l'amoxicilline ou l'ampicilline ne soient plus recommandées pour le traitement des infections gonococciques.

Les changements dans les lignes directrices nationales régissant le traitement devraient tenir compte de l'évolution de la résistance aux microorganismes pathogènes, contrôlée dans le cadre des activités nationales de surveillance des isolats de *N. gonorrhoeae*.

Référence

1. Santé et Bien-être social Canada. *Lignes directrices canadiennes pour la prévention, le diagnostic, la prise en charge et le traitement des maladies transmises sexuellements chez les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les adultes*. RMTC 1992;18S1.

CAS D'INFECTION PAR LE HTLV-I SIGNALÉS EN COLOMBIE-BRITANNIQUE

Généralités

Les virus lymphotropes à cellules T de type I (HTLV-I) et de type II (HTLV-II) sont des rétrovirus étroitement apparentés mais distincts qui peuvent infecter les humains. Ils diffèrent également des virus de l'immunodéficience humaine responsables du SIDA, même s'ils ont des liens de parenté avec eux.

L'infection à HTLV-I est endémique dans le sud-ouest du Japon, le bassin des Caraïbes, la Mélanésie et dans certaines régions de l'Afrique. Dans certaines zones où cette infection est endémique, des taux de prévalence atteignant 15 % ont été signalés dans l'ensemble de la population. La séroprévalence augmente avec l'âge, et dans les groupes plus âgés, les taux sont habituellement plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Aux États-Unis, les taux de séroprévalence de HTLV-I/II chez les donneurs de sang volontaires s'établissent en moyenne à 0,016 %. Environ la moitié des donneurs séropositifs pour les HTLV-I/II aux États-Unis sont infectés par le HTLV-I.

Le HTLV-I se transmet selon les modes suivants : de la mère à l'enfant, surtout durant l'allaitement maternel; les contacts sexuels; les transfusions sanguines; et l'échange d'aiguilles contaminées.

Deux maladies ont été associées à ce virus : le lymphome/leucémie à cellules T de l'adulte (LLTA) et une neuropathie dégénérative chronique, la paraparésie spastique tropicale/myélopathie associées au HTLV-I (PST/MAH). Récemment, une dermatite infectieuse (eczéma chronique associé à *Staphylococcus aureus* et au *Streptococcus* ß-hémolytique) a été signalée chez des enfants jamaïquains infectés par le HTLV-I. D'autres infections peuvent faire partie de l'éventail de maladies associées au HTLV-I, notamment la polymyosite, l'arthropathie chronique, la panbronchiolite et l'uvéite.

Le HTLV-II se transmet de la même façon que le HTLV-I mais n'a encore été associé de manière définitive à aucune manifestation morbide.

On estime que le LLTA atteint 2 à 4 % des personnes infectées par le HTLV-I dans les régions où ce virus est endémique et où les jeunes enfants sont fréquemment infectés. Ce sont les personnes de 40 à 60 ans qui sont les plus souvent touchées, ce qui donne à penser que le virus pourrait être latent pendant des dizaines d'années avant que la maladie ne se manifeste.

Moins de 10 % des personnes infectées par le HTLV-I souffrent des manifestations neurologiques de l'infection; on a émis l'hypothèse d'une médiation immunologique. La maladie frappe plus souvent les femmes que les hommes. La période de latence est plus courte que dans le cas de la leucémie; des cas ont été associés à des transfusions sanguines, l'intervalle médian entre la transfusion et l'apparition de la maladie étant de 3,3 ans[1].

HTLV-I chez les patients autochtones de la Colombie-Britannique

En novembre 1993, un neurologue de Vancouver a publié un rapport portant sur quatre cas de PST/MAH ainsi qu'un cas de LLTA chez des autochtones de la Colombie-Britannique, soit les premiers cas signalés dans la population autochtone du Canada[2]. Avant la publication de ce rapport, la Direction générale des services médicaux de Santé Canada à Vancouver a invité des experts nationaux et internationaux dans le domaine des maladies transmissibles à une réunion tenue les 16 et 17 novembre 1993. Cette réunion a permis de recueillir des renseignements à jour sur le HTLV ainsi que des éléments sur lesquels on pourra se fonder pour prendre des mesures en ce qui concerne la PST/MAH et le LLTA.

En décembre 1993, un comité de direction tripartite, composé de membres du *First Nations Summit Health Committee*, du ministère provincial de la Santé et de la Direction générale des services médicaux, a été chargé de fournir des conseils concernant les questions liées au HTLV en Colombie-Britannique. Un atelier a été organisé les 26 et 27 janvier 1994. Au nombre des participants figuraient des infirmières et des représentants en santé communautaire fédéraux et provinciaux qui dispensent des services dans les réserves indiennes en Colombie-Britannique.

Parallèlement à l'atelier, on a distribué de l'information dans toute la Colombie-Britannique aux médecins hygiénistes, aux médecins, aux chefs et aux membres des conseils tribaux, aux représentants en santé communautaire qui ne pouvaient assister à l'atelier et aux médias.

On voulait ainsi veiller à ce que l'information sur le HTLV-I soit communiquée au plus grand nombre possible de dispensateurs de soins de santé et de citoyens afin de sensibiliser la population aux répercussions de cette infection sur le plan de la santé publique et d'aider à repérer les nouveaux cas qui n'avaient pas encore été identifiés.

Les données recueillies jusqu'à présent indiquent que l'infection clinique par le HTLV-I n'est pas fréquente en Colombie-Britannique; il faut cependant attendre les résultats des études de surveillance en cours pour en obtenir confirmation. Le virus emprunte les mêmes voies de transmission que le VIH; les programmes en place pour lutter contre le VIH devraient donc contribuer à réduire également le risque de transmission du HTLV-I. Même si le virus peut-être transmis lors de l'allaitement maternel, les avantages prépondérants de l'allaitement au sein par rapport au risque de transmission du HTLV-I incitent à ne pas recommander le dépistage du HTLV-I avant l'allaitement. On devrait discuter avec les mères séropositives des avantages et des inconvénients liés à l'allaitement au sein.

Mesures à prendre concernant le HTLV-I

Le Laboratoire de lutte contre la maladie à Ottawa coordonnera les programmes nationaux de surveillance. On invite plus particulière- ment les neurologues et les praticiens qui oeuvrent auprès de la population autochtone à être à l'affût des PST/MAH, dont la symptomatologie peut être confondue avec celle de la sclérose en plaques.

Le comité de direction tripartite en Colombie-Britannique recommandera les mesures de surveillance appropriées en collaboration avec les organismes compétents. Des mises à jour seront fournies régulièrement au besoin.

On peut obtenir plus de détails en communiquant avec le **D^r David Martin, Santé Canada, Direction générale des services médicaux, Région du Pacifique, suite 540, 757 West Hastings Street, Vancouver (C.-B.), V6C 3E6 (Tél. : 604-666-6155; Fax : 604-666-6024).**

Références

1. Centers for Disease Control and Prevention and the U.S.P.H.S. Working Group. *Guidelines for counselling persons infected with human T-lymphotropic virus type I (HTLV-I) and type II (HTLV-II)*. Ann Intern Med 1993;118:448-54.
2. Oger JJ, Werker DH, Foti DJ et coll. *HTLV-I associated myelopathy: an endemic disease of Canadian aboriginals of the Northwest Coast?* Can J Neurol Sci 1993;20:302-6.

Source : *D^r D Martin, médecin chargé des programmes, Direction générale des services médicaux; D^r R Mathias, professeur agrégé, Department of Health Care and Epidemiology, University of British Columbia, Vancouver (Colombie-Britannique); D^r J Wortman, expert-conseil, SIDA et MTS, Direction générale des services médicaux, Ottawa (Ontario).*

PROGRAMME DE SURVEILLANCE DU HTLV AU CANADA

À la demande de la Direction des services de santé des Indiens et des populations du Nord de la Direction générale des services médicaux, le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) a mis sur pied à la mi-mai 1994 un système de surveillance national du HTLV. Ce système de surveillance a été créé après la découverte des premiers cas de syndromes associés au virus de la leucémie humaine à cellules T, type 1 (HTLV-I), soit la paraparésie spastique tropicale, la myopathie associé au HTLV-I et la leucémie à cellules T de l'adulte chez les Canadiens, plus précisément chez des autochtones de la Côte Ouest du pays. Cette surveillance vise essentiellement à documenter le problème de l'infection par le HTLV-I, mais elle a également pour objet de recueillir certaines informations de base sur l'infection par le HTLV-II.

Tous les médecins membres des Sociétés canadiennes de neurologie et d'hématologie ainsi que de l'Association canadienne des oncologues médicaux ont été contactés personnellement et priés de déclarer de façon anonyme tous les cas de myopathie associée au HTLV-I, de paraparésie spastique tropicale et de leucémie à cellules T de l'adulte liés au HTLV-I dont ils ont déjà eu connaissance, indépendamment de la date où le diagnostic a été posé. Pour chacun de ces cas, nous avons demandé au médecin de remplir un questionnaire épidémiologique.

Les laboratoires provinciaux ont aussi été invités à envoyer un questionnaire épidémiologique à tous les médecins ayant reçu depuis le 1^er^ janvier 1993 ou qui recevront à partir de maintenant un résultat positif à un test de dépistage de HTLV-I ou de HTLV-I/II. On leur a aussi demandé de signaler de façon anonyme tous les résultats positifs de tests de dépistage de HTLV-I, HTLV-I/II et HTLV-II connus du laboratoire depuis le 1^er^ janvier 1993, accompagnés de certaines informations démographiques de base.

Toutes ces données de surveillance seront reçues et analysées par la Division des maladies transmises sexuellement du LLCM. Un rapport sera diffusé à chacun des participants au programme de surveillance et sera publié dans le *Relevé des maladies transmissibles au Canada*.

Source : *D^r A Yergeau, Épidémiologiste régional, P Gully, MB, BCh, (ancien) Chef, Division des maladies transmises sexuellement, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, LLCM, Ottawa (Ontario).*

Notes internationales

ÉPIDÉMIE D'INFECTION À *SALMONELLA ENTERITIDIS* ASSOCIÉE À DES PRODUITS DE CRÈME GLACÉE DISTRIBUÉS À L'ÉCHELLE NATIONALE — MINNESOTA, DAKOTA DU SUD ET WISCONSIN, 1994

Entre le 19 septembre et le 10 octobre 1994, 80 cas confirmés d'infection à *Salmonella enteritidis* (SE) ont été signalés au *Minnesota Department of Health* (*MDH*) comparativement à 96 cas pendant toute l'année 1993. Les cas étaient caractérisés par de la diarrhée, des crampes abdominales et de la fièvre. Une augmentation récente des cas d'infection à SE a en outre été observée dans le Dakota du Sud (14 cas entre le 6 septembre et le 7 octobre, comparativement à 20 cas pendant toute l'année 1993) et au Wisconsin (48 cas entre le 6 septembre et le 7 octobre, comparativement à 187 pendant toute l'année 1993). Nous exposons ici les résultats préliminaires de l'enquête relative à cette épidémie.

Les 5 et 6 octobre, le *MDH* a mené une étude cas-témoins afin d'évaluer les facteurs de risque potentiels d'infection. Cette étude a été réalisée auprès de 15 cas et de 15 témoins appariés selon l'âge et le lieu de résidence. Voici la définition d'un cas qui a été utilisée : infection à SE confirmée par culture chez une personne atteinte de la maladie au cours du mois de septembre. Onze cas-patients (73 %) et deux témoins (13 %) ont indiqué avoir consommé de la crème glacée Schwan dans les 5 jours précédant l'apparition de la maladie chez les cas-patients et pendant une période analogue chez les témoins (rapport de cotes = 10,0; intervalle de confiance à 95 % = 1,4 - 434,0).

Les 7 et 9 octobre, le *MDH* a émis des communiqués de presse afin d'informer le public du problème et d'inviter les personnes qui étaient tombées malades depuis le 1^er^ septembre et qui avaient consommé de la crème glacée Schwan à communiquer avec le service de santé. Entre le 8 et le 11 octobre, un total de 2 014 personnes qui avaient consommé les produits suspects et avaient souffert de diarrhée ont téléphoné au *MDH*. *SE* a été mis en évidence dans des échantillons de crème glacée provenant des foyers des personnes malades.

Les patients ont indiqué avoir consommé des produits de crème glacée de plusieurs types et de plusieurs parfums provenant de l'usine Schwan de Marshall (Minnesota), notamment de la crème glacée, des sorbets, du yogourt glacé et des sandwiches et des cornets glacés; ces denrées avaient été produites en août et en septembre. Les produits incriminés sont distribués dans l'ensemble du pays, principalement par livraison directe à domicile, et sont exclusivement mis en marché sous la marque Schwan. Des enquêtes visant à évaluer l'ampleur de l'épidémie et à en préciser les causes sont en cours.

Le 7 octobre, la société a volontairement interrompu la distribution et la production à l'usine de Marshall, en attendant les résultats ultérieurs des enquêtes.

Note de la rédaction du MMWR : La gastro-entérite due à *Salmonella* est caractérisée par des crampes abdominales et de la diarrhée, des vomissements, de la fièvre et des céphalées. La thérapie antimicrobienne n'est pas indiquée dans les cas de gastro-entérite non compliquée, le patient se rétablissant généralement dans la semaine. Parmi les personnes qui courent un risque accru d'infection ou de maladie plus grave, citons : les nourrissons; les personnes âgées; les personnes atteintes d'achlorhydrie; les personnes qui reçoivent un traitement immunosuppresseur; les personnes qui peuvent avoir reçu des antimicrobiens pour une autre maladie; et les personnes atteintes de drépanocytose, de cancer ou du syndrome d'immunodéficience acquis. La méningite, la septicémie, le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter et la mort sont au nombre des complications.

Salmonella sp. arrive au deuxième rang seulement derrière *Campylobacter* en tant que cause de diarrhée bactérienne aux États-Unis et est responsable d'environ 2 millions de maladies chaque année. Parmi les plus de 2 000 sérotypes de *Salmonella*, SE s'est classée au premier ou au deuxième rang au chapitre de la fréquence de l'isolement chez les humain depuis 1988, et était en cause dans 21 % des isolats déclarés en 1993. Chaque année, on signale en moyenne 55 épidémies d'infection à SE aux CDC; environ 11 % des patients sont hospitalisés, et 0,3 % décèdent.

Les résultats préliminaires relatifs à cette épidémie indiquent que le nombre de personnes exposées aux produits contaminés pourrait être élevé. Environ 400 000 gallons des denrées incriminées sont produits et distribués sur l'ensemble du territoire américain. Les enquêtes antérieures ont permis d'établir le risque potentiel d'épidémies importantes de salmonellose d'origine alimentaire; ainsi, en 1985, le lait pasteurisé produit dans une usine laitière a été à l'origine de 197 000 infections à *Salmonella*.

Source : *Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 43, N° 40, 1994.*

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix) : la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseiller scientifique :	D^r^ J. Spika	(613) 957-4243
	Dr F. Ashton	(613) 957-1329
Rédactrice en chef :	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Rédactrice adjointe :	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Éditique :	Joanne Regnier	

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :

Groupe Communication Canada - Édition	N° de téléphone :	(819) 956-4802
Ottawa (Canada) K1A 0S9	Télécopieur :	(819) 994-1498

Prix par année : 75 $ + TPS au Canada; 97,50 $ US à l'étranger
© Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social 1995